

Carnet du patient stomisé  
Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

## **Carnet du patient stomisé**

Pour le suivi multidisciplinaire du patient et  
de son matériel de stomie

## Important!

**Conservez bien ce carnet du patient et prenez le toujours avec vous à chaque contact avec un dispensateur de soins (médecin, pharmacien-bandagiste, bandagiste, stomathérapeute, infirmière à domicile,...)**

**Ce carnet doit être mis à jour par stomie/fistule ou par groupe de stomies/fistules proches qui peuvent être traitées avec la même poche/plaque/matériel.**

## Préambule

### **Pourquoi ce carnet ?**

Ce carnet du patient a pour but de vous aider à gérer votre matériel de stomie et constitue un moyen de communication essentiel entre les différents prestataires de soins impliqués dans le soin de votre stomie et la gestion de votre matériel de stomie. Via ce carnet, les prestataires de soins sont au courant des caractéristiques spécifiques de votre stomie et des changements éventuels qui peuvent survenir. Grâce à ce carnet, vous et votre (pharmacien-)bandagiste saurez toujours exactement à quels remboursements vous avez encore droit. Conservez-le donc soigneusement

### **Comment l'utiliser ?**

Il est important que vous ayez votre carnet du patient avec vous lors de tout contact avec un prestataire de soins (médecin, pharmacien-bandagiste, bandagiste, stomathérapeute, infirmier à domicile, ...). Si votre carnet est toujours complet, vous contribuerez à la gestion optimale de votre matériel de stomie et de vos remboursements.

À chaque visite, le prestataire de soins remplira les informations nécessaires et, le cas échéant, joindra les attestations de délivrance des produits qu'il ou elle vous a délivrés.

## Données administratives du patient et ses dispensateurs de soins:

A remplir en lettres majuscules s.v.p.

\*: à remplir obligatoirement

\*\* : à remplir si connu

### DONNEES PERSONNELLES DU PATIENT \*

Nom:.....  
Prénom: .....  
NISS: .....  
Adresse : ..... N° : ..... BP:.....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Téléphone: ..... Gsm: .....  
E-mail: .....

### INFORMATIONS RELATIVES A LA STOMIE/FISTULE \*

Date de l'intervention : .... / .... / .....

<i>Système digestif</i>	<i>Système urinaire</i>
<input type="checkbox"/> Colostomie	<input type="checkbox"/> Urostomie (Type: .....)
<input type="checkbox"/> Iléostomie	<input type="checkbox"/> Cystostomie
<input type="checkbox"/> fistule	<input type="checkbox"/> Fistule
<input type="checkbox"/> autre stomie	<input type="checkbox"/> Autre stomie

Systèmes convexes/concaves  Oui /  Non  
Situation exceptionnelle  Oui /  Non  
Irrigation du Colon :  Possible  Impossible  
 Apprise  Non apprise

### CHOIX DU MATERIEL A LA SORTIE DE L'HÔPITAL \*

Marque : .....  
Type : .....  
Numéro de référence : .....  
Marque : .....  
Type : .....  
Numéro de référence : .....  
Produits associés :  Pâte  Poudre  Ceinture  Autre: .....  
Date de sortie de l'hôpital : .... / .... / ..... Date de la 1ère délivrance ambulatoire : .... / .... / .....

### DISPENSATEURS DE SOINS

Nom du médecin traitant \*\*: ..... tél.: .....  
Hôpital où a eu lieu l'intervention \*\*: ..... tél.: .....  
Adresse de l'hôpital \*\*: .....  
Nom du chirurgien traitant \*\*: ..... tél.: .....  
Nom de l'interne traitant \*\*: ..... tél.: .....  
Nom du bandagiste/pharmacien-bandagiste \* : ..... tél.: .....  
Soins à domicile \*\*: ..... tél.: .....  
Nom de l'infirmier stomathérapeute de référence \*\*: ..... tél.: .....

Les pages suivantes servent à suivre le budget par stomie/fistule ou par groupe de stomies/fistules proches qui peuvent être traitées avec la même poche/plaque/matériel.

En cas d'hospitalisation, cela doit être également mentionné.

**Recommandation de soin - Matériel recommandé**

Date	Observations	Matériel recommandé

**Prescriptions**

Carnet du patient stomisé  
Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

*Veillez joindre les prescriptions*

<b>Durée de validité</b>		<b>Type (de base, convexe/concave, situation exceptionnelle)</b>
<b>Du</b>	<b>Au*</b>	

*\*si applicable*

**Carnet du patient stomisé**  
 Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

**Budget du patient**

**Premier trimestre**

*Veillez joindre les attestations de délivrance*

Date de la 1ère délivrance ambul. .... / .... / .....

Période d'intervention de l'assurance	
<i>Du</i>	<i>Au</i>

Interventions possibles	Montant du budget max.: €.....
O 655336	
O 655373	
O 655454	
O 655491	
O 655572	
O 655631	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

*Du*

*Au*

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

Carnet du patient stomisé  
Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

## Budget du patient

Deuxième trimestre

*Veillez joindre les attestations de délivrance*

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au

Interventions possibles	Montant du budget max.: €.....
<input type="checkbox"/> 655351	
<input type="checkbox"/> 655432	
<input type="checkbox"/> 655476	
<input type="checkbox"/> 655550	
<input type="checkbox"/> 655594	
<input type="checkbox"/> 655653	
<input type="checkbox"/> 655675	
<input type="checkbox"/> 655896	
<input type="checkbox"/> 655911	
<input type="checkbox"/> 655933	
<input type="checkbox"/> 655955	
<input type="checkbox"/> 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

*Du*

*Au*

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

Carnet du patient stomisé  
Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

**Budget du patient**

Troisième trimestre

Veillez joindre les attestations de délivrance

Période d'intervention de l'assurance	
Du	Au

Interventions possibles	Montant du budget max.: €.....
<input type="checkbox"/> 655351	
<input type="checkbox"/> 655432	
<input type="checkbox"/> 655476	
<input type="checkbox"/> 655550	
<input type="checkbox"/> 655594	
<input type="checkbox"/> 655653	
<input type="checkbox"/> 655675	
<input type="checkbox"/> 655896	
<input type="checkbox"/> 655911	
<input type="checkbox"/> 655933	
<input type="checkbox"/> 655955	
<input type="checkbox"/> 655970	

n°	Date de délivrance	Budget utilisé	Budget restant
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation

*Du*

*Au*

Remarques d'autres dispensateurs de soins :

**Carnet du patient stomisé**  
 Pour le suivi multidisciplinaire du patient et de son matériel de stomie

**Budget du patient**

..... Trimestre

*Veillez joindre les attestations de délivrance*

<i>Période d'intervention de l'assurance</i>	
<i>Du</i>	<i>Au</i>

<i>Interventions possibles</i>	<i>Montant du budget max.:€.....</i>
O 655351	
O 655432	
O 655476	
O 655550	
O 655594	
O 655653	
O 655675	
O 655896	
O 655911	
O 655933	
O 655955	
O 655970	

<b>n°</b>	<b>Date de délivrance</b>	<b>Budget utilisé</b>	<b>Budget restant</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Contacts sans délivrance	Date
--------------------------	------

**Période d'une éventuelle nouvelle hospitalisation**

*Du*

*Au*

**Remarques d'autres dispensateurs de soins :**

## Matériel d'irrigation (si applicable)

*Veillez joindre les attestations de délivrance (annexe 13)*

**Dates de délivrance de l'intervention spécifique maximale de l'assurance pour un set d'irrigation manuelle, par 6 mois (656073)**

**Dates de délivrance de l'intervention spécifique maximale pour une pompe d'irrigation pour colostomie, par période de 36 mois (656095)**

*Cette intervention n'est applicable qu'après 6 mois d'irrigation manuelle*